

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 20 décembre 1899, à 1 heure*

PAR

**Ferdinand LOISEAU.**

## FISTULES ÉLOIGNÉES D'Origine Appendiculaire

*Président : M. TILLAUX, Professeur.*

*LEJARS, Professeur.*

*Juges : MM. BROCA, Agrégé.*

*DESGREZ, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899



# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 20 décembre 1899, à 1 heure*

PAR

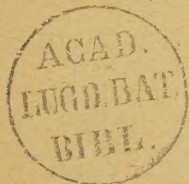
**Ferdinand LOISEAU.**

# FISTULES ÉLOIGNÉES. D'Origine Appendiculaire

*Président : M. TILLAUX, Professeur.*

*Juges : MM. { LEJARS, Professeur.  
                  { BROCA, Agrégé.  
                  { DESGREZ, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



IMPRIMERIE DES THÈSES  
DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS  
OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE  
PARIS

1899

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....  
 Physiologie.....  
 Physique médicale.....  
 Chimie organique et chimie minérale.....  
 Histoire naturelle médicale.....  
 Pathologie et thérapeutique générales.....  
 Pathologie médicale.....  
 Pathologie chirurgicale.....  
 Anatomie pathologique.....  
 Histologie.....  
 Opérations et appareils.....  
 Pharmacologie et matière médicale.....  
 Thérapeutique.....  
 Hygiène.....  
 Médecine légale.....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL.  
 MM.  
 FARABEUF.  
 CH. RICHT.  
 GABRIEL.  
 GAUTIER.  
 BLANCHARD.  
 BOUCHARD.  
 HUTINEL.  
 DEBOVE.  
 LANNELONGUE  
 CORNIL.  
 MATHIAS DUVAL.  
 TERRIER.  
 POUCHET.  
 LANDOUZY.  
 PROUST.  
 BROUARDEL.  
 BRISSAUD.  
 CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....  
 Clinique des maladies syphilitiques.....  
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-  
 céphale.....  
 Clinique des maladies nerveuses.....

POTAIN.  
 JACCOUD.  
 HAYEM.  
 DIEULAFOY.  
 GRANCHER.  
 FOURNIER.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....  
 Clinique des voies urinaires.....  
 Clinique d'accouchement.....

JOFFROY.  
 RAYMOND  
 BERGER.  
 DUPLAY.  
 LE DENTU.  
 TILLAUX.  
 PANAS.  
 GUYON.  
 BUDIN.  
 PINARD.

## Agrévés en exercice.

MM.  
 ACHARD.  
 ALBARRAN.  
 ANDRÉ.  
 BONNAIRE.  
 BROCA Auguste.  
 BROCA André.  
 CHARRIN.  
 CHASSEVANT.  
 DELBET.  
 DESGREZ.

MM.  
 DUPRÉ.  
 FAURE.  
 GAUCHER.  
 GILLES DE LA  
 TOURETTE.  
 HARTMANN.  
 LANGLOIS.  
 LAUNOIS.  
 LEGUEU.  
 LEJARS.

MM.  
 LEPAGE.  
 MARFAN.  
 MAUCLAIRE.  
 MENÉTRIER.  
 MERY.  
 ROGER.  
 SEBILEAU.  
 TEISSIER.  
 THIERY.

MM.  
 THIROLOIX.  
 THOINOT.  
 VAQUEZ.  
 VARNIER.  
 WALLICH.  
 WALTHER.  
 WIDAL.  
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dis-  
 sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle  
 n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON FRÈRE, L'ABBÉ LUDOVIC LOISEAU

Licencié ès-lettres de l'Université de Paris

A MES PARENTS



## INTRODUCTION

Après les discussions retentissantes, les travaux si nombreux et si complets de nos maîtres et de nos devanciers, il semblait qu'il n'y eut plus rien à dire sur l'appendicite.

Cependant à mesure qu'on étudie cette question si complexe, on est étonné des surprises qu'elle nous réserve : C'est ainsi que dans le cours de nos études nous avons eu l'occasion d'observer un nouveau méfait imputable à l'appendice : Nous voulons parler de fistules dont rien dans la position et l'évolution ne laissait soupçonner une origine appendiculaire et qui cependant s'y rattachaient.

Etonné de ne trouver dans la science rien de spécial sur ce sujet et inspiré par M. le Docteur Guinard, chirurgien des hôpitaux, dont tout le monde apprécie, la compétence particulière, nous avons entrepris ce travail et réuni quelques cas de fistules éloignées d'origine appendiculaire.

Dans un premier chapitre nous résumerons les sièges anormaux des abcès d'origine appendiculaire, puisque c'est de ces abcès que naissent les fistules dont nous parlons.

Un second chapitre comprendra tous les cas que nous avons pu rassembler dans lesquels une fistule ancienne siègeant à distance de l'appendice a été reconnue à l'autopsie en relation de continuité avec cet organe.

Dans le troisième chapitre nous classerons nos observations inédites qui nous ont permis d'établir les conclusions de ce travail et nous insisterons sur diagnostic et le traitement des fistules d'origine appendiculaire.

Mais avant d'aller plus loin, nous désirons, à l'occasion de ce mémoire qui marque la fin de nos études et suivant un usage qui permet de suivre l'auteur au cours de sa scolarité, remercier publiquement nos maîtres dans les hôpitaux : M. le Professeur Tillaux, M. le Professeur agrégé Peyrot, M. le Docteur A. Guinard, chirurgien des hôpitaux, MM. Ferrand, Comby, Brocq, Delens, médecins des hôpitaux.

Pendant plusieurs mois, nous avons pu à Lariboisière profiter de l'enseignement de M. le Professeur agrégé Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, aussi sommes-nous heureux de l'assurer de notre reconnaissance.

Nous nous rappellerons toujours avec une douce

émotion les quelques années passées dans le service et sous la direction si bienveillante de M. le Professeur Peyrot.

M. le Docteur Guinard, chirurgien des hôpitaux, que nous avons commencé à connaître, c'est dire à aimer dans le service de M. le Professeur Peyrot, a bien voulu inspirer le sujet de notre thèse ; c'est une nouvelle marque de l'affabilité et de la bienveillance qu'il nous a si longtemps prodiguées et que nous sommes heureux de proclamer en lui adressant particulièrement un bien sincère témoignage de notre reconnaissance.

M. le Professeur Tillaux nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

## CHAPITRE I

Avant d'aborder franchement la question du siège anormal de certaines fistules d'origine appendiculaire il sera utile d'indiquer les régions variées où on peut rencontrer un abcès en relation causale avec l'appendice cæcal. Il est bien clair qu'à l'heure actuelle en présence d'une fistule siégeant au niveau de la fosse iliaque interne du côté droit, on songe immédiatement à une fistule en rapport avec l'appendice. Mais là n'est pas la question qui doit nous occuper ici. Nous ne voulons attirer l'attention que sur les fistules siégeant loin de la région appendiculaire et pour lesquelles, par conséquent, on ne songe pas de prime abord à un rapport quelconque avec le cæcum.

Pour que ces fistules à siège éloigné et assez rares, par conséquent, se produisent, il faut que l'abcès à l'ouverture duquel elles succèdent ait lui-même un siège anormal. C'est pourquoi, nous le répétons, il est nécessaire de rappeler que les abcès appendi-

culaires vont pointer parfois loin de la fosse iliaque interne droite.

Il est bien entendu que pour les cas qui nous occupent, il ne saurait être question que de ces crises subaiguës d'appendicite qui s'accompagnent de la production d'une infection limitée autour de l'appendice. Cette infection ne donne pas les symptômes péritonéaux bruyants des formes aiguës, et il s'établit une barrière d'adhérences protectrices qui limitent la collection purulente et la séparent de la grande cavité péritonéale.

Une fois l'abcès constitué plus ou moins sourdement, il s'ouvre, ou bien le chirurgien l'ouvre et deux cas peuvent se présenter :

1° Il y a une perforation au niveau du cæcum après un sphacèle total de l'appendice par exemple et les matières fécales sortent par la plaie. C'est alors une fistule pyo-stercorale.

2° Il s'écoule seulement du pus et l'abcès ne guérit pas et reste fistuleux, parce qu'en général, c'est l'appendice qui est perforé et qui, sans laisser passer les matières fécales reconnaissables à la vue, n'entretient pas moins la suppuration par la qualité septique des sécrétions qu'il diverse incessamment dans le trajet fistuleux.

Des fistules stercorales, ou pyo-stercorales, nous n'avons pas à parler ici : aussi bien la thèse de Blin (Paris 1879) et tout récemment la thèse de Ymbert

(Paris 1899) sont assez explicites à ce sujet. Lorsque les matières s'écoulent avec le pus, il ne saurait y avoir de doute possible et la relation de la fistule avec l'intestin est indiscutable. Or, nous ne voulons parler dans ce travail que des cas où précisément ce diagnostic est difficile, des cas où en raison du siège de fistule on ne pense pas à un rapport possible avec l'intestin. Il faut donc éliminer de notre sujet les fistules à écoulement stercoral et les fistules siégeant dans la région de la fosse iliaque interne droite.

Pour ces derniers, il ne sera pas inutile de dire en quelques mots dans quelles conditions elles peuvent parfois se présenter et prêter à des erreurs d'interprétation pathogénique fâcheuses pour le traitement.

En somme nous passerons rapidement sur l'étude de l'ouverture de ces fistules dans la région de la fosse iliaque droite ; le but de ce mémoire étant de rapporter principalement les fistules assez éloignées de l'hypochondre droit pour qu'on en soupçonnât pas d'abord l'origine appendiculaire.

Les auteurs classiques ne mentionnent pas ou mentionnent à peine cette terminaison de l'appendicite : elle ne fait l'objet d'aucune monographie ; aussi nous avons pensé qu'il y avait là une lacune et dans la mesure de nos forces nous avons essayé de la combler.

Dans ce but, sans nous contenter des cas particuliers que nous devons à l'obligeance de nos maîtres et

que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, nous avons entrepris des recherches : Mais nous n'avons trouvé dans la science que des résultats d'autopsie mettant nettement en cause l'appendice, mais n'indiquant pas toujours suffisamment le siège de l'orifice cutané de la fistule, celui de l'abcès et le trajet intermédiaire fistuleux.

Nous allons essayé de combler cette lacune et étudier :

- 1° *Le siège anormal de l'abcès ;*
- 2° *Le trajet fistuleux ;*
- 3° *L'ouverture de la fistule.*

#### 1° SIÈGE DE L'ABCÈS.

On a cherché dès le début à faire une classification des abcès appendiculaires suivant leur siège. Talamon les classait en quatre groupes et la division de Gerster en cinq types est classique.

- A. — *Type ilio-inguinal.*
- B. — *Type antérieur.*
- C. — *Type postérieur.*
- D. — *Type pelvien.*
- E. — *Type interne.*

Cette division, dit A. Guinad, est factice. Ces cinq types ne répondent pas à la totalité des faits. C'est du pur schéma et ce qu'il faut retenir, c'est que l'abcès

peut siéger tout autour du cæcum et se prolonger par continuité jusque dans la région la plus éloignée de son point de départ. Aussi si l'on tenait absolument à classer, le plus simple serait de dire avec Laffargue: Il y a un type ascendant et un type descendant, un type interne et un type externe : cela comprend toute la cavité abdominale. Ces abcès, je le répète, peuvent mener partout et ce qui complique la question c'est que le cæcum et par conséquent l'appendice, n'a pas toujours sa situation normale dans la fosse iliaque droite.

A la séance de la société de chirurgie du 10 juillet 1895, Gérard Marchant, distinguait simplement trois variétés de siège de l'abcès appendiculaire sur cinq cas qu'il avait pu observer.

Une fois l'abcès était *retro-cæcal*.

Une fois — — *præ-cæcal*.

Trois fois il siégeait dans la *fosse iliaque*.

Ces abcès sont toujours précédés d'une autre lésion, car les adhérences préalables du péritoine sont indispensables. Si l'on suppose en effet qu'une lésion inflammatoire ait fait à l'avance souder le péritoine viscéral de l'appendice au péritoine pariétal de la fosse iliaque, on comprend que la perforation de la pointe de l'appendice, puisse créer un abcès sous-péritonéal : encore n'est-il pas nécessaire que l'appendice soit perforé : l'abcès peut succéder à l'extension d'une infection appendiculaire par la voie lymph-

tique ; en tout cas des adhérences ont limité l'inflammation au voisinage du foyer primitif et empêché son extension dans la cavité péritonéale.

Tous ces abcès, dit en substance Gérard-Marchant, sont sous-péritoneaux et il propose de les appeler **péri-appendiculaires sous-péritoneaux**.

Le chirurgien est prévenu, ajoute-t-il, que pour les atteindre, il ne doit pas faire la laparotomie.

Ces abcès qui sont une des terminaisons de l'appendicite évoluent comme des abcès ordinaires. Ils s'observent dans les quelques semaines qui suivent **une crise subaiguë d'appendicite**.

Ils peuvent s'étendre, fuser plus ou moins loin, gagner même des régions éloignées, s'ouvrir à la peau et voilà la fistule constituée. D'autres fois, c'est le chirurgien qui les ouvre là où ils viennent pointer, sans penser, étant donné le siège de son incision, qu'il puisse être question d'une origine appendiculaire.

Il est probable que suivant la position de l'abcès retro-caecal, pra-caecal ou fosse iliaque, pour n'envisager que ces trois types, le pus se portera dans des directions différentes et que la fistule viendra s'ouvrir à la région lombaire ou fessière, à l'aîne ou à la cuisse et enfin à la peau de la fosse iliaque droite.

Les adhérences qui jouent ici un si grand rôle en empêchant la péritonite généralisée et en rendant possible la formation de la fistule, dirigent souvent

le pus dans d'autres régions et on a noté, à titre de rareté, l'ouverture de ces abcès dans le rectum, la vessie, le canal inguinal et les bourses, l'invasion du thorax, l'ouverture dans les vaisseaux iliaques, etc...

## 2° TRAJET FISTULEUX

Le trajet est extrêmement variable de dimension et de direction :

*Direction.* — On conçoit aisément que le pus, pour traverser la paroi, n'a pas choisi le chemin le plus direct, mais ordinairement il a suivi la voie dans laquelle le dirigeaient la pesanteur et les adhérences et celui qui lui offrait le moins d'obstacles : ce sont surtout les aponévroses qui jouent un rôle prépondérant pour diriger la marche des abcès.

Dans une de nos observations (IV) le trajet fistuleux partant de l'appendice remontait sous le péritoine jusqu'à la base du rein à la hauteur duquel il s'ouvrait à la peau. Dans deux autres (III et VI) le pus remonte la fosse iliaque interne, franchit la crête iliaque entre deux faisceaux d'insertion musculaire et vient déboucher au milieu de la fosse iliaque externe. Dans l'observation de Villar, la fistule siégeait à la région sacrée et remontait à travers la masse sacro-iliaque et le petit bassin jusqu'à l'appendice.

Ce trajet n'est pas aussi direct que pourraient le

faire supposer les quelques lignes précédentes : Le plus fréquemment, il est sinueux, irrégulier, modifié par des clapiers, des décollements plus ou moins étendus et il pousse dans l'épaisseur de la paroi des prolongements variables.

*Dimension.* — Il est loin aussi d'être uniforme dans son calibre. Très rétréci en un point, jusqu'à ne pas admettre la pointe d'un stylet, il acquiert plus loin les dimensions d'une plume d'oie et quelquefois davantage entre les plans musculaires ou sous la peau. « Dans tous les cas, il est partout tapissé par une membrane épaisse, recouverte de bourgeons de mauvaise nature fongueux, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation ; en d'autres termes il est tapissé de cette membrane qu'on appelait autrefois pyogénique que l'on retrouve toujours à la surface des cavités pathologiques dans lesquelles des corps étrangers ou tout autre cause entretient la suppuration ».

### 3° OUVERTURE DE LA FISTULE.

a) *Forme.* — L'ouverture de la fistule se fait à l'extérieur de deux façons, suivant que l'abcès s'est ouvert de lui-même à la peau, ou que au contraire l'ouverture est le résultat d'une intervention chirurgicale. Dans ce dernier cas elle se rétrécit assez rapidement et laisse persister un pertuis arrondi ou ova-

laire, recouvert de fongosités et de bourgeons charnus : Sur le pourtour de cette orifice, la peau présente des rougeurs et des excoriations.

Quand la fistule s'est ouverte spontanément, l'orifice est infundibuliforme, ou en monticule. Dans le premier cas, la peau se fronce tout autour en plis rayonnés : Dans le second cas c'est au sommet du monticule, qu'on trouve l'orifice cutané qui est généralement très petit, parfois même assez étroit pour admettre à peine un stylet. Tantôt l'écoulement est persistant et le pertuis est continuellement humide, tantôt il se recouvre de croûtes qui donnent l'apparence de la guérison.

b) *Siège.* — Depuis longtemps nous trouvons consigné dans les auteurs l'ouverture des suppurations de la fosse iliaque (typhlite, pérityphlite, phlegmons et abcès de la fosse iliaque) de préférence dans la région de la fosse iliaque droite.

Nous reportant à la thèse de Blin (Paris 1879), nous voyons que dans 18 cas de thyphlites ayant déterminé une fistule, cette fistule siégeait :

Treize fois dans la fosse iliaque droite.

Une fois à l'épine iliaque postérieure et supérieure.

Une fois à la région ilio-lombaire.

Deux fois à l'ombilic,

Une fois à l'aîne droite.

Dans 17 cas d'abcès de la fosse iliaque, l'ouverture de la fistule se faisait.

Douze fois dans la fosse iliaque droite.

Deux fois dans la fosse iliaque droite et la cuisse.

Une fois à la cuisse droite.

Une fois au côté droit de l'ombilic.

Une fois à la région lombaire droite.

Il nous est permis de supposer que dans tous ces cas de pérityphlite et d'abcès de la fosse iliaque, l'appendicite devait être mise en cause un grand nombre de fois, sinon toujours, et que l'ouverture la plus commune c'est-à-dire, celle qui avait frappé le plus les observateurs, siégeait dans la fosse iliaque droite.

Cependant Dupuytren avait déjà remarqué que l'abcès s'ouvrait quelquefois, à la région lombaire et il pensait que cette terminaison était à désirer : Aussi le voyons nous dans un cas faire à travers le muscle carré des lombes une ouverture profonde qui le conduisit sur le foyer de suppuration.

En 1841, Barthélemy, médecin militaire à Saumur, avait déjà essayé de classer méthodiquement les principaux points d'ouverture de ces abcès : Après avoir signalé la fosse iliaque droite, l'aîne et la cuisse droite, il s'arrête plus longtemps sur l'étude de l'ouverture de la fistule à la région lombaire. « Que l'on examine, dit-il, un cadavre dans la position d'un malade couché, et on verra que les lois physiques, poussent vers ce point tout liquide siégeant dans la fosse iliaque. Aussi qu'une collection apparaisse, soit

au flanc, soit à l'aîne, elle a probablement baigné la région lombaire... »

« Que conclure de tout ceci, ajoute-t-il, c'est que chaque fois qu'on aura affaire à une fistule de la région lombaire, il faudra penser à l'origine iliaque, cæcale de cette fistule. »

Pour nous, actuellement, nous ajouterions appendiculaire.

D'après Peyrot (Pathol. Ext. t. III. p. 512) l'orifice cutané de la fistule occupe le plus souvent la région de la fosse iliaque. Mais, éclairé par son expérience personnelle et pensant aux observations que nous rapporterons plus loin et que nous devons à son obligeance il ajoute : on le trouve également à la partie supérieure de la cuisse et à la région lombaire.

« La région lombaire est donc, à mon avis, après la fosse iliaque, un des points d'élection pour l'ouverture de ces fistules. Ce qui m'affermite dans cette manière de voir, c'est la certitude que dans tous les abcès qui précèdent les fistules le pus doit s'y porter ; c'est la possibilité de soumettre à des règles, pour ainsi dire mathématiques, cette opération dans laquelle aucune partie importante ne doit être lésée, le pus se formant dans sa marche décline des adhérences lentes et sans grande réaction inflammatoire. (1) »

e) *Fréquence.* — Il est difficile, pour ne pas dire

(1) BARTHÉLEMY.

impossible, de donner des chiffres, même approximatifs, exprimant la proportion de fistules pour un nombre d'appendicites données.

M. Bull, dit M. Gouley (Société médicale des Etats de New-York, 1875) a observé sur 67 cas 38 fois une fistule abdominale faisant suite à une inflammation de l'appendice. « Cette marche des abcès à travers la paroi abdominale laisse généralement après elle une fistule stercorale ou une fistule simple dont la suppuration dure quelquefois des semaines, des mois, des années et se termine par la mort ou par la guérison, surtout si on a eu soin d'intervenir en enlevant l'appendice. »

Paulier pense que cette terminaison à travers la la paroi abdominale n'est pas toujours la plus fréquente. Quand le pus prend cette voie, dit-il, c'est le plus souvent à la suite d'une intervention chirurgicale ; parfois cependant on voit au-dessus de l'aîne droite, vers la partie externe de l'arcade de Fallope la peau s'œdématier, puis rougir, s'amincir, finalement se perforer. »

Cette perforation est rare et c'est qu'habituellement cette terminaison ne s'observe pas fréquemment dans les hôpitaux, que les auteurs ne la mentionnent que d'une manière accessoire et que les observations, ou bien parce qu'elles sont rares ou bien parce qu'elles n'ont pas été publiées, sont relativement peu nombreuses et difficiles à trouver.

## CHAPITRE II

Il n'est pas exagéré de dire que, jusqu'à ces dernières années, beaucoup d'auteurs qui ont produit de remarquables travaux sur la typhlite, la pérityphlite, les abcès de la fosse iliaque, n'ont presque jamais pensé à l'appendice.

Non pas qu'ils aient toujours considéré cet organe comme complètement inutile, mais sa fonction était si obscure et son importance paraissait si minime, qu'on n'avait pas songé à le rendre responsable d'une partie des méfaits qu'on attribuait à la typhlite et à la pérityphlite.

Cependant, les anciens, observateurs scrupuleux, n'ont jamais manqué de noter à l'autopsie les lésions de l'appendice toutes les fois qu'elles se sont présentées.

Aussi la science est-elle pleine d'observations de typhlite et de pérityphlite, d'abcès et de flegmons de la fosse iliaque ayant déterminé, pendant la vie, une ou plusieurs fistules dont l'origine appendiculaire a été nettement reconnue à l'autopsie.

Sans parler de l'observation de Sedillot que nous rapportons tout au long à la fin de ce travail, qu'on nous permette de résumer quelques résultats d'autopsie empruntés à nos vieux maîtres.

MEHIR. *Journal gén. de médecine*, 1827.

H., 45 ans, Accidents antérieurs de typhlite. Récidive. Tumeur. Ponction. Fistule. Mort au bout de deux mois.

*Autopsie.* — Appendice perforé ouvert dans la fistule.

MENIÈRES. *Annales de médecine*, 1828.

H., 45 ans. Symptômes : Coliques. Tumeur cæcale. Guérison. Trois ans après. Fistule. Suppuration abondante. Deuxième fistule spontanée. Mort au bout de deux mois.

*Autopsie.* — Péritonite, pas trace de tumeur, foyer purulent dans lequel s'ouvrait l'appendice dont l'organisation n'était pas reconnaissable.

PARROT. *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 54.

H., 24 ans. Tumeur dans la fosse iliaque droite datant de douze ans. Depuis un an, suppuration. Fistule, du fonds de laquelle on retire une épingle incrustée de sels calcaires. Péritonite. Mort.

*Autopsie.* — Perforation de l'appendice correspondant à l'ouverture du trajet fistuleux.

PETER. *Archives de médecine*, 1855, t. iv, p. 333.

H., 24 ans. Tumeur à l'hypogastre datant de douze ans abcdée depuis dix-huit mois et restée fistuleuse. Extraction d'une

épingle de 4 centimètres entourée de matières fécales durcies  
Péritonite. Mort.

*Autopsie.* — Appendice perforé et communiquant avec la fistule.

Toutes ces observations ne nous renseignent pas assez sur le siège de l'orifice cutané de la fistule ni sur le mode de formation de cette fistule. Dans le compte rendu de la Société de chirurgie du 20 juillet 1895 nous trouvons une observation de M. Gérard-Marchant qui dépeint trop bien cette marche de la fistule, pour que nous la passions sous silence : En 1894 il examine un jeune homme de 27 ans qui en 1887 avait été opéré à Amiens d'un abcès périnephretique. En 1891, il avait eu une rechute avec douleurs lombaires.

En 1892, nouvelle rechute, nouveaux symptômes douloureux identiques.

En 1894, on soupçonne une lésion de la colonne vertébrale.

Puis M. Marchant, frappé surtout de la douleur que manifeste le malade autour du cæcum, songe à l'appendice et fait l'incision au lieu d'élection.

« L'appendice fut trouvé, dit-il, appendu au plafond de cet abcès, véritable stalactite nageant dans le pus. Au dessus de la crête iliaque dans la partie postérieure, l'aponévrose était perforée, laissant passer le bout du doigt, et, par cet orifice, on pénétrait dans une seconde poche se dirigeant vers la région rénale. »

La conclusion thérapeutique, ajoute-t-il, est qu'il faut ouvrir ces abcès, chercher l'appendice par la voie extra péritonéale. Nous reviendrons sur ce mode de traitement à propos d'une communication de M. Poncet de Lyon au Congrès de chirurgie de 1899.

Bien que l'abcès en question ne fut pas encore devenu fistuleux, la marche du pus, bridé par les aponeuroses, aurait bientôt créé une ouverture à la peau, surtout après la première intervention.

Nous avons vu, en effet, dans les observations résumées plus haut que la fistule succédait toujours à une intervention, excepté dans l'observation de Sedillot ou les fistules s'étaient ouvertes spontanément. Cette dernière observation nous offre encore une nouvelle particularité des injections lentes dues, au voisinage de l'appendice malade.

Nous voulons parler des fistules vésicales ou pyo-vésicales : fistules qui ont été depuis étudiées par M. Duret de Lille. Au cours d'une classification des accidents que peut déterminer sur la vessie le voisinage de l'appendice en ectopie, M. Duret rapporte qu'on trouve des fistules pyo-vésicales quand un abcès péri-appendiculaire s'ouvre dans la vessie comme dans notre observation (I) et des fistules pyo-stercoro-vésicales. Les urines sont troubles, fétides et contiennent des corps étrangers. M. Pousson de Bordeaux dit que cette complication de l'appendicite s'observe chez les gros mangeurs.

Dans ces divers cas, disent les auteurs précités, il y a des guérisons obtenues par une action hâtive sur le foyer appendiculaire.

Toutes les observations anciennes citées dans ce chapitre ont été choisies comme types de fistules succédant à une appendicite

A l'époque où ces observations ont été recueillies, le siège de la fistule dans la fosse iliaque droite n'a pas fait faire le diagnostic, pour la bonne raison que toute l'histoire des infections de l'appendice et des accidents consécutifs à ces infections était absolument inconnue. Mais, de nos jours, la fosse iliaque droite est devenue « la région appendiculaire », et en raison de la fréquence extraordinaire des maladies de l'appendice, le médecin est pour ainsi dire hypnotisé par cette organe : aussi l'erreur inverse est-elle plutôt à craindre, toute fistule de la fosse iliaque droite faisant songer immédiatement à une fistule appendiculaire alors que dans quelques cas on aura à faire en réalité à une tuberculose ganglionnaire ou osseuse.

Mais les observations qui nous intéressent ici particulièrement sont celles qui ont trait à des fistules siégeant loin de la fistule iliaque, telles que nos observations III. IV. V. VI.) que nous commenterons dans le chapitre suivant.

### CHAPITRE III

Pourquoi, ainsi que nous l'avons vu dans les auteurs et ainsi que nous le constaterons encore dans nos observations, en face d'une fistule de la région inguinale, de la fesse, de l'ombilic ou des lombes ne pensait-on pas tout d'abord à l'appendice ?

Cela tenait, croyons-nous, à la multiplicité d'origine que pouvaient avoir les fistules de ces régions. De plus nos devanciers moins heureux n'avaient pu profiter de toutes les découvertes faites depuis une dizaine d'années par les auteurs qui ont traité de l'appendicite.

Aussi songeait-on d'abord soit à un abcès froid ganglionnaire soit à une tuberculose osseuse, soit à un abcès du rein, de la gaine du psoas, de la paroi abdominale ou à un abcès périnéphrétique : Que de fois n'a-t-on pas aussi incriminé un testicule ectopié, une ovarite, une pyo-salpingite et le plus souvent l'abcès de la fosse iliaque. De là il n'y avait qu'un

pas pour arriver à l'abcès périappendiculaire et à l'appendicite ; et, bien que ce pas eut été souvent franchi à l'autopsie il semble qu'on l'eut oublié aussitôt, car jusqu'en 1896 rares sont les auteurs ou les opérateurs qui préconisent l'ablation de l'appendice pour la guérison de ces fistules.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de faire le diagnostic différentiel entre ces divers maladies pouvant donner des fistules et l'appendicite ; nous ne les rapprochons que pour attirer l'attention des observations de ce côté.

Des premiers, M. le Professeur Peyrot et M. A. Guinard soupçonnèrent ces fistules d'avoir pour point de départ une appendicite ancienne, et toute l'opération rapportée dans notre observation II n'eut pour but que d'éclaircir ce doute. Malheureusement ils furent obligés de refermer la plaie avant d'avoir vu le point de départ appendiculaire bien qu'ils eussent la certitude morale de son existence.

La même année, octobre 1896, nous vîmes leurs recherches couronnées par le succès (observation III). A l'ouverture d'une fistule siégeant dans la fosse iliaque externe dont le trajet fistuleux long de 10 à 12 centimètres franchissait la crête iliaque en y imprimant nettement sa trace, il virent ce trajet aboutir dans une cavité purulente entourant le cæcum et l'appendice.

Mais l'observation la plus belle, celle qui nous a donné l'idée de cette thèse, et que nous avons recueillie dans le service de M. le Professeur Peyrot est la suivante (obs. IV). C'est le type d'une fistule éloignée : elle siégeait à la région lombaire, fistule ancienne, datant de douze ans, et en communication avec l'extrémité de l'appendice par un cordon creux « blanc de la grosseur d'une plume de corbeau et semblable à une veine ». L'appendice est en continuité avec ce cordon, s'ouvre à son extrémité et glisse librement dans sa gaine péritonéale.

L'appendice est enlevé en l'attirant hors de cette gaine péritonéale.

Cette opération nous rappelle une communication récente. Au congrès de chirurgie de 1899. M. Poncet de Lyon, communique un procédé qui consiste à faire l'ablation sous péritonéale de l'appendice, dans les cas où des adhérences anciennes et trop solides rendent difficiles et dangereuses les manœuvres de dissection.

Dans un cas semblable, ayant sectionné l'appendice au niveau de son insertion au cæcum, il put très facilement, en exerçant des tractions sur les parois de l'appendice sans y comprendre le péritoine, extirper tout le canal musculo-muqueux, en faisant par conséquent une désinvagination sous-séreuse, sans toucher aux adhérences péritonéales.

C'est exactement ce qui a été fait en 1897 dans notre

observation IV et il est bon de se rappeler cette particularité : à savoir la possibilité et même la facilité d'extirper ainsi un appendice sans toucher sa gaine péritonéale d'où on peut l'extraire comme un crayon de sa gaine.

On pourra ainsi, quand on trouvera au fond d'un foyer fistuleux un appendice perforé saisir, les parois internes de cet organe et l'attirer au dehors en le désengainant.

Arrivé à son extrémité caecale, ce qu'on verra bien quand on sera arrêté par la résistance du caecum, on pourra faire une ligature et sectionner l'appendice au-dessous d'elle. On aura ainsi guéri la fistule et enlevé l'appendice sans ouvrir la grande cavité péritonéale. C'est en somme l'opération proposée par M. Poncet, mais faite en sens inverse.

Le même procédé a servi heureusement M. Villar de Bordeaux (obs. V) : Ouvrant une fistule de la région sacro-iliaque qui avait déjà été prise pour une lésion osseuse tuberculeuse et curettée avec ablation de parcelles osseuses il tomba sur l'appendice qu'il réséqua en l'attirant au dehors par l'ouverture du trajet fistuleux sans ouvrir le péritoine.

Instruit par ces exemples et armé de sa déjà longue expérience personnelle A. Guinard (obs. VI) dans un cas de fistule de la fosse iliaque externe alla directement enlever l'appendice par la laparotomie et la fis-

tule guérit seule après avoir résisté pendant deux ans à tous les traitements les plus énergiques.

L'observation suivante (VII) que nous sommes heureux de rencontrer en langue française chez nos amis de Bucarest est un appoint de plus à notre thèse, et montre la facilité de guérir beaucoup de suppurations d'origine appendiculaire restées fistuleuses par la prosphysectomie.

Nous croyons donc pouvoir conclure de ce qui précède, qu'il existe une opération spéciale à l'aide de laquelle on doit tenter la cure radicale des fistules éloignées consécutives à l'appendicite : c'est la prosphysectomie ainsi que A. Guinard appelle l'ablation de l'appendice.

## DIAGNOSTIC

Y-a-t-il un moyen sûr de faire le diagnostic pathogénique de ces fistules. Peut-on, en d'autres termes, faire cliniquement le diagnostic entre une fistule d'origine appendiculaire et une fistule consécutive à tout autre lésion ?

Si des matières fécales se sont montrées plus ou moins modifiées, mais macroscopiquement reconnaissables dans le pus qui s'écoule par l'orifice fistuleux, il est clair que le diagnostic s'impose. Mais, il nous semble, à priori, que même dans les cas où cette constatation n'a pu être faite, l'examen bactériologique du pus pourrait rendre de grands services. La présence du coli-bacille dans le pus d'une fistule n'indiquerait-elle pas d'une façon formelle une origine intestinale de la suppuration ?

Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle cette constatation ait été faite, mais nous

croyons néanmoins que ce procédé d'investigation doit être mis à profit dans un certain nombre de cas.

Reste maintenant le côté clinique pur. Dans la plupart des cas, en serrant de près l'interrogatoire on trouvera à l'origine des accidents, le tableau clinique d'une ou de plusieurs crises plus ou moins frustes d'appendicite.

Enfin le fait d'avoir l'attention attirée du côté de l'appendice, même quand la fistule que l'on examine siège loin de la région appendiculaire permettra dans un grand nombre de cas, de faire un diagnostic pathogénique exacte, et par conséquent de ne pas perdre son temps à pratiquer des cautérisations locales dont le moindre inconvénient est d'être inefficaces. On ira droit à l'organe malade et en supprimant le foyer d'origine de la suppuration on guérira la fistule pour ainsi dire sans y toucher. Après l'ablation de l'appendice, on verra la fistule se tarir comme une fistule dentaire lorsqu'on a pratiqué l'extraction de la dent malade.

## TRAITEMENT

Nous supposerons que le diagnostic ferme est établi: soit que la présence du coli-bacille dans le pus, ou mieux encore de quelques corps étrangers d'origine intestinale ait levé tous les doutes; soit encore que l'interrogatoire du malade ait révélé nettement l'existence antérieure de crises appendiculaires. Quelle conduite tenir en pareil cas. Si l'on s'en tient à l'examen de nos observations, c'est toujours en pénétrant par l'orifice fistuleux, qu'on est arrivé après un trajet plus ou moins irrégulier et anfractueux jusqu'à l'appendice. Deux fois seulement MM. Marchant et A. Guinard sont allés directement par la laparotomie sur l'appendice qu'ils ont extirpé sans s'occuper de la fistule.

Nous pensons que c'est cette dernière pratique qui doit devenir la règle. Et d'ailleurs, si elle n'a pas toujours été suivie, c'est que le diagnostic pathogénique n'avait pas été fait: mais toutes les fois qu'on

sera bien sur de l'origine appendiculaire d'une fistule c'est à la laparotomie qu'on s'adressera pour la guérir.

### MANUEL OPÉRATOIRE

On fera donc l'incision habituelle, soit l'incision de Roux analogue à l'incision qui sert à la ligature de l'iliaque externe, soit l'incision de Jalaguier et Max Schuller qui semble jouir d'une faveur de plus en plus marquée parmi les chirurgiens; on trouvera alors l'appendice adhérent d'une part au cæcum par son insertion, et, d'autre part, en un point variable de la paroi abdominale postérieure ou antéro-latérale. On placera une ligature à son origine cæcale et une seconde ligature au niveau de son adhérence pathologique à la paroi. Il suffira ensuite d'exciser l'organe entre les deux ligatures.

Nous n'avons pas à insister sur le mode de fermeture de l'abdomen qui n'a rien de spécial dans le cas particulier.

Dans cette manière de faire on n'a pas à toucher à la fistule qui guérit d'elle même, comme dans l'observation de M. A. Guinard.

D'ailleurs ultérieurement on arriverait sans doute aisément à la guérir par les topiques locaux qui restaient inefficaces alors que l'appendice entretenait la suppuration.

Telle est pour nous la conduite à tenir dans la grande majorité des cas.

En quelques mots, nous devons décrire l'opération qu'on sera appelé à faire dans les cas où le diagnostic pathogénique n'ayant pas été fait, on rencontrera, au cours du curettage d'une fistule, l'extrémité de l'appendice ouvert au fond du trajet. En pareil cas il n'est pas sans danger d'ouvrir dans la profondeur la cavité péritonéale pour extirper l'appendice.

On court le risque grave d'infecter le péritoine. Aussi croyons-nous devoir appeler l'attention sur la possibilité d'enlever cet organe sans toucher à la séreuse qui l'enveloppe. Il suffit de lire nos observations IV et V, pour voir que MM. Peyrot, Guinard et Villar ont pu très aisément attiré au-dehors l'appendice, en laissant intact sa gaine péritonéale. C'est comme nous l'avons dit plus haut l'opération en sens inverse que M. Poncet de Lyon a proposé au congrès de chirurgie de 1899, sous le nom de décortication sous-péritonéale.

Saisissant avec une pince à griffes la muqueuse et la musculuse de l'appendice, on exerce des tractions en refoulant avec l'ongle le bourrelet péritonéal qui se forme tout autour. On place le plus loin possible une ligature au catgut sur l'appendice et on resèque ce dernier au-dessous de la ligature.

Quant à la muqueuse du segment qui reste au

dessous de la ligature, on la détruit soit par l'abrasion, soit par le thermo-cautère.

Il n'est question ici que des fistules siégeant plus ou moins loin de la fosse iliaque interne, mais le traitement et les considérations auxquelles il prête ne diffèrent pas quand il sagit d'une fistule appendiculaire siégeant au lieu d'élection.

Il est bien entendu que toutes ces fistules persistantes sont en somme exceptionnelles relativement au grand nombre de cas d'appendicites qu'on est appelé à observer.

Dans la généralité des cas ces fistules appendiculaires même lorsqu'elles laissaient, dans les premiers jours, s'écouler des matières fécales en abondance, guérissent spontanément. Nous ne parlons donc que des fistules anciennes pour lesquelles, bien entendu, il ne saurait plus être question de guérison spontanée.

### OBSERVATION I

Observation empruntée aux *Annales de la Chirurgie Française et Etrangère* pour l'année 1841, recueil lie par M. C. Sédillot, professeur au Val-de-Grâce.

« M. L. officier de chasseurs, âgé de 34 ans, entra au Val-de-Grâce en novembre 1839 pour un accès fistuleux de la fosse iliaque droite. Nous apprîmes que

depuis trois ans au moins, il avait eu un ou plusieurs abcès dans l'aîne et dans le flanc droit : que des trajets fistuleux avaient persisté, ou s'étaient rouverts à plusieurs reprises s'ils s'étaient cicatrisés, et que le malade était obligé à de fréquents pansements qu'il exécutait toujours seul et en secret.

« A son entrée à l'hôpital, il présentait dans la fosse iliaque quatre orifices fistuleux semblant se diriger vers le cæcum et donnant une suppuration assez abondante : D'autres ouvertures fistuleuses s'étaient plusieurs fois ouvertes et fermées comme l'attestaient plusieurs cicatrices : Le pus s'écoulait principalement par l'un des orifices qui se trouvait situé à un pouce en dedans de l'épine iliaque et sortait assez abondamment lorsque l'on pressait les téguments de haut en bas et d'arrière en avant.

« Dans ce pus se trouvaient des matières stercorales et surtout des gaz. Mais depuis plusieurs mois, au dire du malade on voyait peu de matières excrémentitielles mêlées à la suppuration. De plus on reconnut dans ce pus la présence de l'urine.

« Il est évident que nous avons à traiter un ancien abcès de la fosse iliaque droite compliqué de perforation du cæcum et de la vessie.

« Le malade succomba à une péritonite partielle du côté gauche de l'abdomen le 18 mai 1840.

« L'examen cadavérique nous montra les parois abdominales de la fosse iliaque droite décollées, épaiss-

sies, noirâtres. La face antérieure du cæcum présentait le même état : cet intestin nageait au milieu d'un liquide noirâtre et était décollé en arrière où existaient plusieurs ulcérations assez larges qui avaient donné passage aux gaz et aux matières intestinales pendant la vie. Dans l'intérieur du cæcum, la muqueuse avait été ça et là décollée et en partie détruite sans perforation extérieure : il n'y avait plus traces de l'appendice ; la prostate avait disparue, convertie en une collection purulente verdâtre enveloppant les vésicules seminales qui s'y trouvaient confondues. Le bas-fonds de la vessie était traversé par une ouverture étroite, noirâtre, communiquant avec les foyers purulents voisins et l'abcès iliaque. »

#### OBSERVATIONS II, — (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Peyrot.

*Exploration et nettoyage d'une fistule de la fosse iliaque droite ouverte dans le pli de l'aîne à un travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope.*

« L..., Marie, 29 ans, opérée le 20 février 1896.

« On soupçonnait cette fistule d'avoir pour point de départ une appendicite ancienne. L'exploration a eu en grande partie pour objet d'éclaircir ce doute.

« Incision verticale entamant la partie inférieure de la paroi abdominale sur une hauteur de 10 à 12 cen-

timètres, (la malade étant très grasse.) passant par la fistule et se prolongeant de 5 à 6 centimètres sur la cuisse. Les muscles de la paroi incisés, on refoule le péritoine en haut et en dedans. Mais cette manœuvre est difficile, le péritoine ayant contracté des adhérences avec les parties sous-jacentes : On peut cependant l'écartier pour poursuivre l'incision de la fistule jusqu'à 5 ou 6 centimètres de profondeur dans la fosse iliaque même. Le doigt peut alors explorer la cavité qui reste sous-jacente à l'aponévrose iliaque. On reconnaît qu'il n'y a pas là de lésion osseuse du côté du bassin et il semble que, en avant du côté du cæcum et de l'appendice on sente une dépression qui est peut être un prolongement de la fistule au-dessus de l'aponévrose iliaque soit jusqu'à une cavité péri-appendiculaire.

« Ce point ne pouvant être éclairci actuellement sans danger on se contente de cureter la fistule, d'exciser ses parois, de bourrer la cavité de gaze iodoformée et on ferme. »

OBSERVATION III (Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le professeur Peyrot.

*Ouverture d'une fistule de la fosse iliaque externe en communication avec une poche située dans la fosse iliaque interne et consécutive à une ulcération du cæcum et de l'appendicé.*

N... Marie, 34 ans, opérée le 16 octobre 1896. Par une incision de 7 centimètres perpendiculaire à la direction de la crête iliaque, et menée de cette crête sur la fosse iliaque externe, on tombe sur une poche profonde immédiatement appliquée sur les muscles fessiers et qui s'étend sur une largeur égale à celle de la paume de la main. On découvre une sorte de canal qui a tracé une impression sur la crête iliaque, et par lequel on accède dans une cavité sous-jacente aux muscles abdominaux. La sonde canelée y pénètre de haut en bas et de dehors en dedans, sur une longueur de 8 à 10 centimètres. On désinsère de la crête iliaque, les muscles abdominaux jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et on voit apparaître une cavité longueuse, assez étroite mais qui se prolonge en arrière vers la partie supérieure et interne de la fosse iliaque interne.

Cette cavité est grattée à la curette et de son cul-

de-sac supérieur, on ramène avec des fongosités un pépin de raisin.

En explorant la face antérieure, (évidemment sous-jacente au cæcum) de cette cavité, on y trouve deux orifices dans lesquels la sonde canelée pénètre librement et à une assez grande distance : l'une la supérieure est ronde et semble bordée de muqueuse. On suppose qu'il s'agit d'un orifice conduisant dans le cæcum. Plus bas une fente constitue le deuxième orifice. On peut y faire passer l'extrémité d'une petite curette de Volkmann, curette qui ramène un peu de matières fécales.

Craignant que l'un de ces orifices, le petit notamment, ne conduisit dans une cavité sous-péritonéal interposée à l'intestin et à l'abcès qui vient d'être ouvert et gratté, on agrandit cet orifice sur la sonde cannelée jusqu'à lui donner 15 millimètres de long, et il paraît alors bien évident qu'on a ouvert une paroi intestinale.

Dans ces conditions, la découverte et la suture des orifices du cæcum nous paraissant présenter par cette voie des incertitudes et des difficultés réelles, nous réservons la cure des fistules intestinales, pour une opération ultérieure qui se fera en abordant le cæcum par la paroi antérieure de l'abdomen, et nous terminons l'opération en appliquant quelques points de suture aux crins de Florence sur l'incision

prolongée au niveau de la fosse iliaque externe, et en bourrant la cavité de gaze iodoformée.

Une large ouverture subsiste, résultant de l'incision perpendiculaire à la première et menée tout le long de la crête iliaque pour désinsérer les muscles de cette crête comme il l'a été signalé plus haut.

#### OBSERVATION IV. (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Peyrot.)

*Exploration d'un abcès fistuleux des lombes. Découverte de l'extrémité de l'appendice ouvert dans l'abcès. Ablation de cet appendice.*

W... Léon, homme de peine, 29 ans, salle Nelaton, n° 2.

Depuis douze ans, l'homme qui fait l'objet de cette observation, avait eu des phlegmons de la région lombaire gauche guérissant de temps en temps après être restés fistuleux plus ou moins longtemps puis récidivant. Dans d'autres services ces abcès avaient été considérés comme tuberculeux avec point de tuberculose osseuse.

L'exploration du trajet fistuleux qu'il présente à l'union des lombes et du flanc droit fait penser qu'il y a peut-être là encore une lésion dépendante de l'appendice.

On se décide à explorer la plaie. Incision de la néphrectomie lombaire passant par l'orifice de la fistule sur une longueur de 15 centimètres. Il faut sur 6 centimètres de longueur désinsérer les muscles de la paroi d'avec la crête iliaque.

On arrive à mettre à nu et à ouvrir dans toute sa longueur un canal à parois légèrement fongueuses, ou plutôt tomenteuses, étendu depuis la partie inférieure du rein en haut jusqu'à la portion inférieure de la fosse iliaque droite interne en bas.

Le rein, la masse intestinale avec le péritoine un peu épaissi sont en avant, le carré des lombes, la fosse iliaque en arrière. En explorant la paroi antérieure de cette profonde dépression, on aperçoit un orifice arrondi légèrement fongueux et blanchâtre qui occupe sa partie moyenne.

On pense à un orifice fistuleux conduisant peut être dans une cavité plus profonde. Le stylet ne peut y être introduit. On débride alors au-dessus et au-dessous et on peut saisir et attirer un cordon blanc de la grosseur d'une plume de corbeau assez semblable à une veine. On débride plus complètement et on amène au dehors à la suite de ce cordon blanc et en continuité avec lui, un cordon semblable à lui mais plus volumineux qui a les caractères de l'appendice et qui est recouvert d'un feuillet péritonéal sous lequel il glisse. Ce feuillet incisé, ses bords relevés avec des pinces, on est bien dans le ventre et en tirant

sur le gros cordon on amène l'extrémité du cæcum. On a donc à faire à l'appendice qui se trouve relié au dehors par son meso au péritoine pariétal et qui était ouvert par sa pointe dans l'abcès.

« Ligature à la soie de l'appendice à un centimètre du cæcum ; ligature du meso ; d'un coup de ciseaux on détache l'appendice, qui mesure dans son ensemble huit centimètres. Il est épais, blanc à sa surface, la muqueuse épaissie glisse sur la musculuse également très épaissie et ce glissement donne l'impression d'une vraie fluctuation. Cependant il n'y a rien dans l'appendice, il n'est pas oblitéré, la muqueuse est plutôt pâle.

« Il est probable que l'appendice fixé à la paroi latéro-postérieure de l'abdomen a donné autrefois naissance vers sa pointe à un abcès qui s'est ouvert dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Celui-ci s'étant ouvert à l'extérieur, la guérison s'est faite du côté du ventre où a seulement persisté l'abouchement de l'extrémité de l'appendice dans l'abcès lombaire. »

#### OBSERVATIONS V

Villar; *in Archives cliniques de Bordeaux*, 1897

*Ouverture d'un trajet fistuleux de la région sacro-iliaque. — Ablation de l'appendice. — Guérison.*

« Le 15 août 1897, j'avais l'honneur d'être appelé à

suppléer le professeur Lanelongue à l'hôpital St-André. Je trouvais dans le service un jeune homme de 19 ans qui y était entré, quelque temps auparavant, pour se faire traiter d'une lésion tuberculeuse de la région sacro-iliaque. M. Lanelongue avait fait un grattage étendu et même enlevé quelques portions osseuses ; en un mot il avait opéré *largamano*, voulant se mettre à l'abri d'une récurrence.

« Lorsque je pris le service, la plaie était en bonne voie de guérison et un mois après, 18 septembre, le jeune malade quittait l'hôpital presque complètement guéri. »

« Le 21 septembre il s'aperçoit qu'il rend des pépins de raisin par la région sacrée, aussi se décide-t-il à entrer de nouveau dans le service ; il y entre en effet le 24 décembre.

« L'examen pratiqué à cette époque nous permet de constater ;

« 1° Des cicatrices adhérentes, vestiges de l'opération antérieure ;

2° A peu près au centre de la région cicatricielle un orifice fistuleux laissant passer facilement une sonde cannelée, celle-ci s'enfonce profondément. Par l'orifice fistuleux s'écoulent les jours suivants des matières fécales et quelques pépins de raisin.

« Il fallait intervenir : Je circonscris la fistule par une incision elliptique étendue et je vais à la recherche de la portion intestinale lésée : celle-ci était située

très loin car je dus avec la gouge et le maillet faire sauter quelques parcelles osseuses. Je tombai alors sur un organe bien calibré, du volume d'une plume à écrire tapissé d'une muqueuse à l'intérieur, à n'en pas douter c'est l'appendice.

« Je reséquai cet organe aussi loin que possible et je suturai l'orifice intestinal par le procédé de l'abrasion qui a donné de si beaux résultats entre les mains de son inventeur, mon ami A. Chaput, et auquel j'ai eu plusieurs fois recours avec un plein succès.

« Je bourrai la plaie avec de la gaze iodoformée : Les suites de l'opération furent des plus simples ; il n'est plus rien sorti par la région sacrée, la défécation s'est maintenue tout à fait normale.

« Bref le malade quitte l'hôpital le 4 novembre complètement guéri. »

#### OBSERVATION VI. — (Inédite.)

Dûe à l'obligeance de M. le Docteur A. Guinard.

*Fistule de la fosse iliaque externe durant depuis deux ans. — Ablation de l'appendice sans toucher à la fistule. — Guérison.*

« En octobre 1898, je suis appelé par mon ami, le docteur Boignard, de Méru, auprès d'une malade de 45 ans qui souffre depuis 2 ans d'une fistule siégeant

au milieu de la fesse au niveau de la fosse iliaque externe.

« Au début, il y a deux ans, la malade a vu survenir à ce niveau une saillie qui a été prise pour un abcès froid, qui s'est ouvert spontanément et est resté fistuleux. Depuis deux ans on a traité cette fistule par les moyens habituels (injections iodées, iodoformées etc.) Pensant à une tuberculose de l'os iliaque, je fais endormir la malade le 17 octobre 1898 et j'incise le trajet fistuleux. J'arrive ainsi jusqu'à la crête iliaque et je vois très nettement que le trajet se continue du côté du ventre au travers du muscle inséré à la crête iliaque.

« Je pensai immédiatement à l'origine appendiculaire de cette fistule, mais comme je n'étais pas préparé à une intervention intra-péritonéale je ne poussai pas plus avant.

Au mois de novembre 1898, la fistule que j'avais grattée, curetée et cautérisée au chlorure de zinc au 1/0 et au naphтол camphré jusqu'à la crête iliaque était restée telle qu'elle était avant l'opération.

Aussi, le 28 novembre 1898, je me décidai sans toucher à la fistule à faire une laparotomie pour arriver directement sur l'appendice. Par l'incision de Roux j'arrive franchement sur le cæcum qui est rouge et vascularisé ainsi que les anses voisines ; l'appendice est adhérent solidement à la crête iliaque au niveau de sa partie moyenne, je détache cette adhérence et je lie l'organe près du cæcum en ayant soin d'invaginer

le moignon dans le cæcum par un surjet de soie fine. L'appendice a des parois très épaissies avec une muqueuse boursouflée et fongueuse; par place on voit une ecchymose et en examinant le sommet de l'organe on s'aperçoit qu'il n'est pas perforé, mais qu'à ce niveau les parois paraissent plus malades et plus infectées.

La malade guérit sans incident.

Deux mois après la fistule fessière à laquelle on n'avait pas touché et qui persistait depuis plus de deux ans, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux les plus énergiques, était guérie spontanément; ce qui montre bien qu'elle était d'origine appendiculaire.

#### OBSERVATION VII.

*Appendicite suppurée avec prééminence du phlegmon dans le triangle de J.-L. Petit, (in Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest, 3 mars 1899.*

M. Duma. — Un étudiant en médecine est venu me consulter pour une douleur qu'il ressentait dans le flanc droit. J'ai trouvé une tuméfaction peu prononcée vers le milieu de la crête iliaque, avec un point douloureux à la pression sur l'os. J'ai cru à un abcès froid. Mais au bout de huit jours la fièvre est survenue. Le malade gardait le lit et tenait la cuisse droite

en demi-flexion. Le 30 décembre j'ai fait une incision longue de 10 centimètres au niveau de la tuméfaction qui n'avait pas augmenté du côté de la fosse iliaque.

A la partie inférieure de mon incision, précisément dans le triangle de J.-L. Petit, j'ai vu bomber une collection que j'ai ponctionnée avec le bistouri. Une grande quantité de pus phlegmoneux est sortie. J'ai élargi en haut mon incision et j'ai cherché à me rendre compte de la direction de la poche. Je n'ai rien trouvé du côté du rein, mais la poche descendait en bas et en avant du côté de l'arcade crurale ce n'est qu'alors que j'ai pensé à une appendicite, mais je me suis contenté de drainer la poche me proposant d'intervenir plus tard. Le malade guérit au bout de quelques jours et reprit ses études.

Le 12 février il est venu me dire que depuis deux ou trois jours il avait ressenti de nouvelles douleurs semblables aux précédentes, et que, pendant la nuit, le phlegmon s'était ouvert au même endroit. Je lui propose alors de lui enlever son appendice quand la plaie ne suppurera plus.

Le 21 mars, avec M. Nano, nous sommes intervenu et nous avons trouvé l'appendice relevé en haut sur le côté externe du cæcum. Le sommet de l'appendice aboutissait au niveau de l'extrémité inférieure de ma première incision. Après avoir détruit les adhérences l'appendice fut reséqué au-dessus de son insertion sur le cæcum. Par plusieurs points de suture séparés et

étagés, l'intestin a été fermé. Nous avons fait la suture en trois étages de la paroi abdominale et drainé sous la peau suivant la méthode de Championnière. Le malade va très bien.

L'appendice que je vous présente est perforé près de son insertion sur le cæcum où il y a un coprolithe. En le fendant, suivant la longueur, on voit ses parois très épaissies, la muqueuse est congestionnée autour de la perforation. Au fond de la cavité on trouve un deuxième coprolithe de la même grandeur que le premier.

## CONCLUSIONS,

I. — Il existe une variété de fistules dont le point de départ est un abcès péri-appendiculaire. Elles donnent lieu à un écoulement de pus et quelquefois de matières stercorales par l'orifice cutané.

II. — Elles reconnaissent comme origine une appendicite légère et un abcès péri-appendiculaire. Ces abcès peuvent être situés en dehors du péritoine et communiquer par un goulot avec une poche intra-péritonéale.

III. — Leur caractère anatomo-pathologique principal consiste dans l'existence d'une cavité purulente dans laquelle nage l'appendice, ou simplement d'une adhérence de l'appendice aux parois de l'abdomen ou aux organes voisins. (Vessie, vagin etc. etc...)

IV. — L'appendice n'est pas toujours perforé.

V. — L'orifice cutané de la fistule, unique ou multiple, comme le trajet intermédiaire auquel il fait

suite, occupe par ordre de fréquence la fosse iliaque droite, le pli de l'aîne, la région lombaire, la région ombilicale, enfin la partie supérieure de la cuisse.

IV. — L'écoulement de pus par la fistule, loin de mettre sur la voie du diagnostic, fait le plus souvent penser à une tuberculose osseuse ou à un abcès froid ganglionnaire :

Accessoirement des corps étrangers, calculs stercoraux, pépins de raisin, urine etc., peuvent être éliminés par la fistule.

VII. — La marche est essentiellement chronique, la durée va de plusieurs mois à plusieurs années.

VIII. — Le diagnostic est souvent difficile, mais on pourra le plus souvent le faire quand l'attention, étant attirée du côté de l'appendice, on aura dirigé l'interrogatoire dans le sens voulu.

IX. — L'examen bactériologique du pus pourra peut-être dans quelques cas, en décelant la présence du coli-bacille, permettre de dépister la lésion de l'appendice.

X. — Le seul traitement rationnel est l'ablation de l'appendice.

XI. — Cette prosphysectomie peut se faire par la voie abdominale ou par la fistule sans ouvrir la grande cavité péritonéale.

XII. — On n'a eu que des succès par l'une et l'autre voie ; mais la voie de choix nous paraît être la voie abdominale dans laquelle on ne touche pas à la fistule ni à la suppuration tout en enlevant en totalité la cause première de tout le mal.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
TILLAUX.

VU : LE DOYEN,  
BROUARDEL.

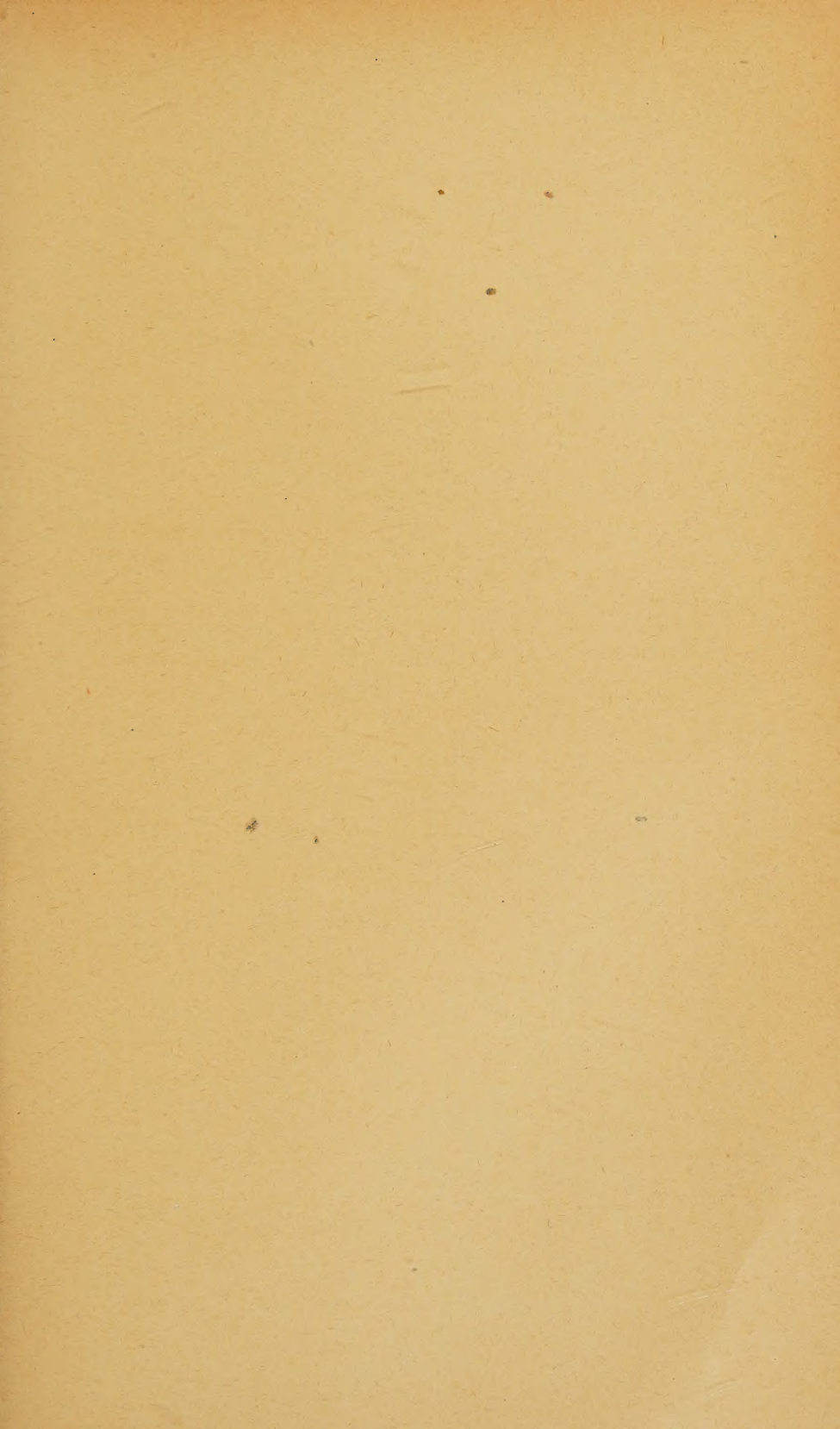
Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS  
GRÉARD.

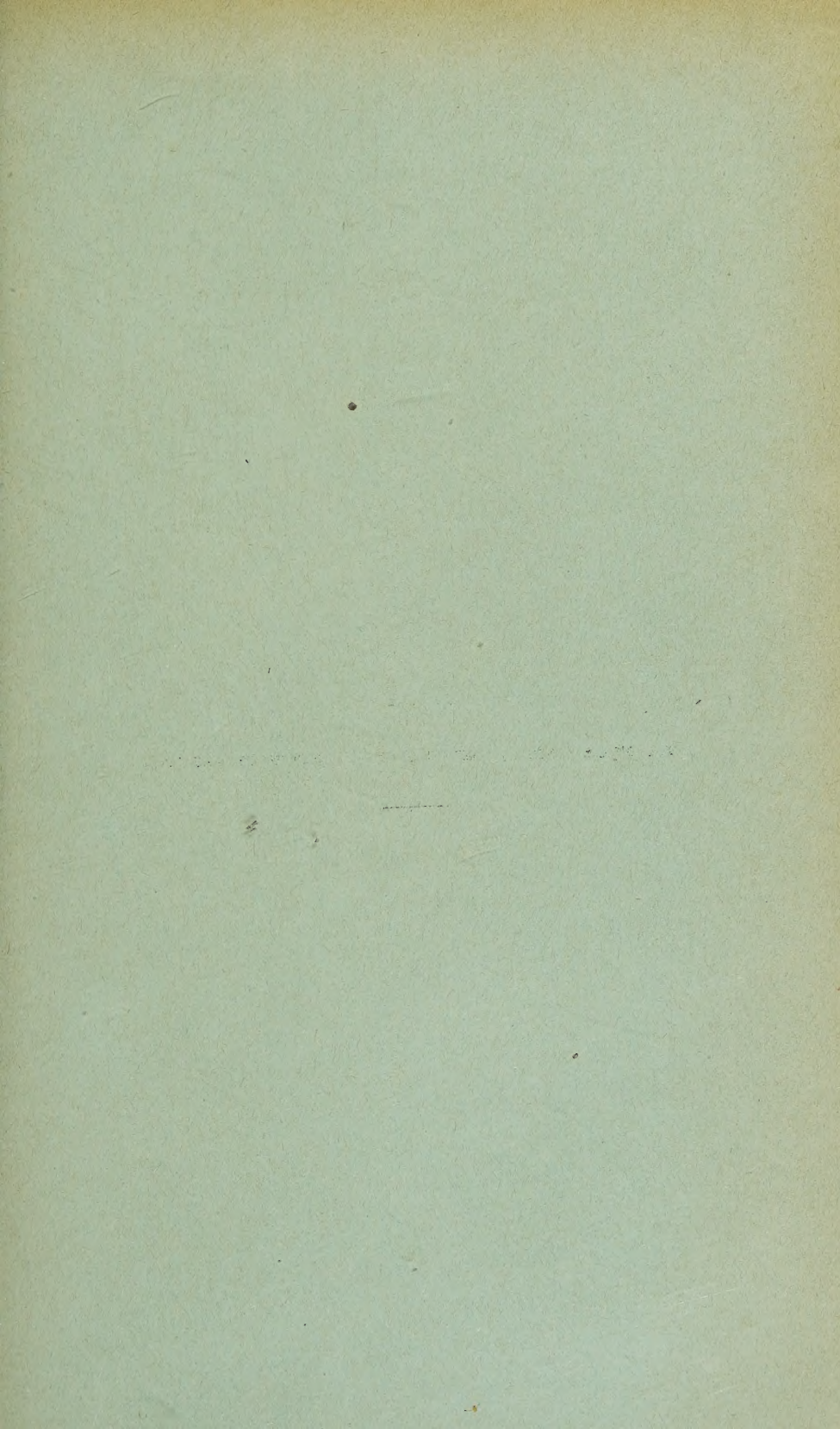
## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- TILLAUX. — *Cliniques*, t II, p. 77.
- GRISOLLE. — *Archives de Médecine*, 1839,
- DUPUYTREN. — *Leçons orales*, t. III, 1833.
- MENIÈRES. — *Annales de Médecine*, 1828.
- MELIER. — *J. gén. de Méd.* 1827.
- PARROT. — *Bulletin de la Société anatomique* ; 1855.
- PETER. — *Archives Médicales*, 1855, t. VI, p. 333.
- BROCA. — L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque.  
*Gaz Heb. Paris*, 14 septembre 1888.
- KRAFT. — *Revue de la Suisse Romande*, 1888, p. 603.
- Id. — — — — — 1889.
- Pérityphlite appendiculaire stercorale perforatrice.
- BLIN. — Etude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux  
 abcès phelgmoneux de la cavité abdominales et indépen-  
 dantes des hernies.. *Thèse*, Paris, 1879.
- YMBERT. — Fistules pyo-stercorales d'origine appendiculaire.  
*Thèse*, Paris, 1899.
- PEYROT. — *Pathologie externe*, t. III, p. 684, 689.
- A. GUINARD — *Traité de Chirurgie*. Le Dentu-Delbet, t. VII.  
 Art. Appendicite, p. 484.
- HARTMANN et GOSSET. — *Traité de Chirurgie*.
- DUPLAY et RECLUS. — Art. Fistules pyo-stercorales. t. VI,  
 2<sup>e</sup> édit.
- JALAGUIER. — Même traité, t. VI. Art. appendicite.
- GERSTER. — *New-York. Méd. Journ.*, juillet 1890.

- LEGUEU. — Société anatomique, 5 février 1892.  
PAULIER. — Th. de Paris, 1875  
GUYOT. — Th. de Paris, 1885.  
VAUCHER. — Th. de Paris, 1889.  
MAURIN. — Essai sur l'appendicite et la pèritonite appendicu-  
laire. Th. de Paris, 1890.  
CHARNOIS. — Th. de Lyon, 1894.  
TRELAT. — Fistules pyo-stercorales. *Progrès méd.* 1888.  
OLLER. — Th. de Paris, 1804  
BARIETY. — Th. de Paris, 1895 n° 276.  
SAUVAGE. — Th. de Paris, 1898.  
SEDILLOT. — *Annales de la chirurgie Française et Étrangère*,  
1841, t. II, p. 305.  
BARTHELEMY. — Mêmes Annales.  
DUMA. — Société de Chirurgie de Bucarest, 3 mars 1899, p. 31  
VILLAR. — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.  
GÉRARD-MARCHANT. — Société de Chirurgie, 10 juillet 1895.  
DURET. — *Revue Médicale*, 1890, p. 458.  
*Bull. Société Médicale des États de New-York*, 1875.







---

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.

---